

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

**Учебно-методическое пособие  
по хирургическим болезням  
для студентов стоматологического факультета.  
Часть 4.**

**Витебск, 2017**

УДК 616-089:616.31 (072)  
ББК 54.56:56.6 я 73  
Б 73

Рецензент: доцент кафедры госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии ВГМУ, к.м.н., доцент К.В. Москалев

**Богданович А.В.**

Б 73 Учебно-методическое пособие по хирургическим болезням для студентов стоматологического факультета. Часть 4: учебно-методическое пособие / А.В. Богданович – Витебск.:2017.- 56 с.

Утверждено на заседании кафедры факультетской хирургии (Протокол №15 от 20.03.2017 г.).

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным учебно-методическим Советом УО «Витебский государственный медицинский университет» (протокол № 4 от 17.04.2017 г.).

**УДК 616-089:616.31 (072)**  
**ББК 54.56:56.6 я 73**

© А.В. Богданович, 2017

© УО «Витебский государственный медицинский университет», 2017

## **Тема: Заболевания желчного пузыря и внепеченочных протоков.**

### **1. Учебные и воспитательные цели**

**Цель практического занятия:** Изучить этиологию, патогенез, клинику заболеваний желчного пузыря и протоков, ознакомится с методами их диагностики и лечения.

В результате изучения темы студент должен **ЗНАТЬ:**

1. анатомофизиологические сведения о желчном пузыре и желчных протоках;
2. методы исследования больных с заболеваниями желчевыводящей системы;
3. этиологию и патогенез ЖКБ и холецистита;
4. классификацию холецистита, желтухи, холангита;
5. клинику неосложненной и осложненной ЖКБ;
6. характер и механизм нарушений функции печени и гемостаза при механической желтухе;
7. методы дооперационной диагностики ЖКБ, механической желтухи, острого холецистита;
8. показания к консервативному лечению больных острым холециститом и его объем;
9. показания к оперативному лечению ЖКБ, холецистита и их осложнений;
10. интраоперационные методы исследования желчных протоков;
11. виды холецистэктомий;
12. показания к лапароскопической холецистэктомии;
13. особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой и острым холециститом;
14. принципы последовательного ведения больных, оперированных по поводу ЖКБ, механической желтухи и острого холецистита;

В результате изучения темы студент должен **УМЕТЬ:**

1. собрать и проанализировать анамнез у больного с желчнокаменной болезнью и холециститом;
2. провести физикальное обследование больного, воспроизвести и оценить симптомы Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Ортнера, Блюмберга-Щеткина;
3. составить план обследования больного;
4. правильно оценить результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;
5. формулировать и аргументировать диагноз;
6. обосновать тактику лечения больного желчнокаменной болезнью и острым холециститом;
7. обосновать показания к операции;
8. правильно оценить интраоперационные методы исследования желчных протоков;
9. составить схему консервативного лечения в послеоперационном периоде.

## 2. Учебные вопросы

1. Анатомо-физиологические сведения о желчном пузыре и желчных протоках.
2. Методы исследования больных с заболеваниями желчевыводящей системы.
3. Желчнокаменная болезнь.(Cholelithiasis).
  - а) патогенез камнеобразования.
  - б) клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
  - в) лечение желчнокаменной болезни. Показания к операции. Методы операций (холецистостомия, холецистэктомия, холедохотомия, дренирование общего желчного протока).
  - г) значение интраоперационных методов исследования для выбора метода операции.
4. Обтурация общего желчного протока (холедохолитиаз, рубцовые стриктуры, опухоли).
5. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика обтурационной желтухи.
6. Холемиа и ахолия, их происхождение и осложнения при них.
7. особенности операции у желтушных больных, предоперационная подготовка, меры предупреждения холемиических кровотечений.
8. Острый и хронический холециститы. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Хирургическая тактика при остром холецистите. Показания к операции.
9. Водянка и эмпиема желчного пузыря, холангиты. Клиника, диагностика, лечение.
10. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Определение понятия. Причины. Клиника, диагностика. Показания к операции. Методы интраоперационной диагностики. Повторные операции.

## 3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. Пузырная артерия наиболее часто отходит от:

1. Панкреатодуоденальной артерии
2. Правой печеночной артерии
3. Общей печеночной артерии
- 4.левой печеночной артерии
5. Гастродуоденальной артерии

2. Основным местом образования холестериновых камней является:

1. Общий печеночный проток
2. Амбула большого дуоденального сосочка
3. Холедох
4. Желчный пузырь
5. Внутрпеченочные желчные протоки

<p>3. Наиболее ранним клиническим проявлением желчнокаменной болезни является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый холецистит</li> <li>2. Механическая желтуха</li> <li>3. Печеночная колика</li> <li>4. Холангит</li> <li>5. Гемобилия</li> </ol>
<p>4. Какой признак является наиболее достоверным в диагностике желчнокаменной болезни?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Положительный симптом Курвуазье</li> <li>2. Положительный симптом Мерфи</li> <li>3. Наличие теней конкрементов в желчном пузыре при эхографии</li> <li>4. Повышение билирубина в сыворотке крови выше 40 мкмоль/л</li> <li>5. Повышение уровня аминотрансфераз в сыворотке крови</li> </ol>
<p>5. Интраоперационная холангиография при остром холецистите применяется для:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выявления признаков холангита</li> <li>2. Исследования тонуса сфинктера Одди</li> <li>3. Исследования перистальтики холедоха</li> <li>4. Выявления конкрементов в желчевыводящей системе и ее рубцовых сужений</li> <li>5. Выявления дуоденостаза</li> </ol>
<p>6. Какие из приведенных методов наиболее информативны при механической желтухе для постановки диагноза ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пероральная холеграфия</li> <li>2. Внутривенная холангиография</li> <li>3. УЗИ</li> <li>4. Исследование билирубина крови и мочи</li> <li>5. Ретроградная панкреатохолангиография</li> </ol>
<p>7. Укажите наиболее информативные методы выявления камней в гепатикохоледохе во время операции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Холедохоскопия</li> <li>2. Определение остаточного давления в холедохе</li> <li>3. Пальпация гепатикохоледоха</li> <li>4. Интраоперационная холангиография</li> <li>5. Зондирование гепатикохоледоха зондами Долиотти</li> </ol>
<p>8. Выберите неверное утверждение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый холецистит есть абсолютное показание к экстренной операции</li> <li>2. Острый холецистит чаще всего развивается на фоне желчнокаменной болезни</li> <li>3. Острым холециститом чаще болеют тучные женщины</li> <li>4. Острый деструктивный холецистит есть одна из частых причин перитонита</li> <li>5. Острый холецистит нужно дифференцировать с правосторонней</li> </ol>

базальной пневмонией
<p>9. Укажите, какое из заболеваний не является осложнением желчно-каменной болезни?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Водянка желчного пузыря</li> <li>2. Внутренние билиодигестивные свищи</li> <li>3. Эмпиема желчного пузыря</li> <li>4. Портальная гипертензия</li> <li>5. Стриктура большого дуоденального сосочка</li> </ol>
<p>10. Назовите один наиболее точный лабораторный тест, свидетельствующий о полной желчной непроходимости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Билирубинурия и уробилинурия</li> <li>2. Гипербилирубинемия, в основном за счет прямого билирубина</li> <li>3. Билирубинурия без уробилинурии</li> <li>4. Повышение активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови</li> <li>5. Полное отсутствие билирубина в моче</li> </ol>
<p>11. Основными причинами образования желчных камней являются все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нарушение обмена веществ</li> <li>2. Воспалительные процессы в желчном пузыре</li> <li>3. Застой желчи</li> <li>4. Увеличение холато-холестеринового коэффициента</li> </ol> <p>повышение литогенности желчи</p>
<p>12. Первичными ядрами преципитации при образовании желчных камней являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бактерии</li> <li>2. Комочки слизи</li> <li>3. Клетки эпителия</li> <li>4. Желчные кислоты</li> </ol>
<p>13. УЗИ признаками острого холецистита:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Двухконтурная стенка желчного пузыря</li> <li>2. Диаметр камней до 1,5 см</li> <li>3. Утолщение стенки пузыря более 3 мм</li> <li>4. Пузырь не содержит жидкости</li> <li>5. Диаметр камней более 1,5 см</li> </ol>
<p>14. В желчный пузырь микрофлора может попасть:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Восходящим путем из двенадцатиперстной кишки</li> <li>2. Гематогенным путем</li> <li>3. Лимфогенным путем</li> <li>4. Нисходящим путем из печени</li> </ol>
<p>15. К механической желтухе приводят:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Холедохолитиаз</li> <li>2. Оклюзия пузырного протока камнем</li> <li>3. Стеноз Фатерова сосочка</li> <li>4. Водянка желчного пузыря</li> </ol>

5. Опухоли фатерова соска
<p>16. Усиление болезненности при легком поколачивании по правой реберной дуге это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. симптом Кохера</li> <li>2. симптом Керра</li> <li>3. симптом Ортнера</li> <li>4. симптом Боаса</li> <li>5. симптом Менделя</li> </ol>
<p>17. Болезненность при пальпации между ножками кивательными мышцами справа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. симптом Георгиевского-Мюсси</li> <li>2. симптом Щеткина-Блюмберга</li> <li>3. симптом Ортнера</li> <li>4. симптом Ситковского</li> <li>5. симптом Мерфи</li> </ol>
<p>18. Для механической желтухи характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повышение билирубина в сыворотке крови</li> <li>2. Повышение щелочной фосфатазы</li> <li>3. Билирубинурия</li> <li>4. Уробилинурия</li> <li>5. В кале стеркобилин</li> </ol>
<p>19. Назовите УЗИ-признаки билиарной гипертензии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Расширение внутривенных протоков</li> <li>2. Камень в пузырном протоке</li> <li>3. Диаметр холедоха более 9 мм</li> <li>4. Двухконтурная стенка желчного пузыря</li> <li>5. Камень в желчном пузыре</li> </ol>
<p>20. При механической желтухе применяются следующие методы диагностики, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исследование стеркобилина в кале</li> <li>2. Ретроградная панкреатохолангиография</li> <li>3. КТ</li> <li>4. Инфузионная холеграфия</li> <li>5. Исследование билирубина в крови</li> </ol>
<p>21. По клиническому течению механической желтухи различают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abortивная форма</li> <li>2. Интермиттирующая форма</li> <li>3. Прогрессирующая форма</li> <li>4. Смешанная форма</li> <li>5. Диссоциированная желтуха</li> </ol>
<p>22. Приступ острого холецистита в отличие от печеночной колики:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Более продолжительный (до нескольких суток)</li> <li>2. Сопровождается неспецифическими симптомами воспалительного процесса (гипертермия, лейкоцитоз)</li> </ol>

3. Характеризуется симптомами интоксикации 4. Нередко наблюдаются положительные симптомы раздражения брюшины 5. Купируется введением спазмолитиков
23. Для острого холецистита у пожилых характерно: 1. Нередко отсутствуют интенсивные болевые ощущения 2. Часто возникает гангренозная форма 3. Слабо выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки 4. Гипертермия, высокий лейкоцитоз 5. Часто выраженные болевые ощущения
24. Приступ печеночной колики сопровождается: 1. Беспокойным поведением больных 2. Тошнотой, рвотой 3. Положительными симптомами Грекова-Ортнера и Мюсси-Георгиевского 4. Положительным симптомом Щеткина-Блюмберга 5. Положительные симптомы Менделя, Раздольского
25. В каких случаях при холецистэктомии показана холедохотомия? 1. При холедохолитиазе 2. При дискинезии желчных путей 3. При гнойном холангите 4. При водянке желчного пузыря
26. Холедох имеет следующие отделы, кроме 1. супрадуоденальный 2. надпузырный 3. ретродуоденальный 4. ретропанкреатический 5. интрамуральный
27. Болезненность при вдохе во время пальпации правого подреберья 1. Симптом Ситковского 2. Симптом Мерфи 3. Симптом Керте 4. Симптом Кера 5. Симптом Ортнера
28. К развитию холангита приводят: 1. Холедохолитиаз 2. Гемолитическая желтуха 3. Холестаз, обусловленный стенозом или опухолью Фатерова сосочка 4. Вирусный гепатит 5. Окклюзия пузырного протока
29. Назовите признаки, составляющие синдром Курвуазье? 1. Увеличенный желчный пузырь 2. Отсутствие болей 3. Желтуха



4. Дефанс брюшной стенки
5. Выраженные боли в правом подреберье
30. Основными осложнениями острого холецистита являются все, кроме:
1. Перитонит
2. Холангит и панкреатит
3. Холангит и абсцессы печени
4. Эмпиема желчного пузыря
5. Гемолитическая желтуха

#### 4. Литература

##### Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

##### Дополнительная:

1. Хирургические болезни / Под.ред. В.Д.Федорова и С.И.Емельянова. – М.:МИА. – 2005
2. 80 лекций по хирургии / М.М.Абакумов, А.А.Адамян, Р.С.Акчурин, М.С.Алексеев и др.; По общей ред. С.В.Савельева. – М.: Литтерра, 2008. – 912 с.
3. Неотложные состояния: Диагностика, тактика, лечение: Справ. для врачей/А.А.Баешко, П.И.Булай, И.В.Василевский и др.; Сост. Г.А.Шершень. – 3-е изд., доп. – Мн.:Беларусь, 2002. – 527 с.
4. Гришин И.Н. Холецистэктомия. - Минск, 1989
5. Дадвани С.А., Ветнев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – М.:Издат. Дом Видар-М, 2000
6. Козырев М.А. Заболевания печени и желчных путей. – Минск: Беларускаянавука. – 2002.
7. Руководство по хирургии желчных путей / Под.ред. Гальперина Э.И., Ветшева П.С. – М. Издательский дом Видар-М, 2006. -568 с.

## **Тема: Заболевания поджелудочной железы.**

### **1. Учебные и воспитательные цели**

**Цель практического занятия:** Изучить этиологию, патогенез, клинику заболеваний поджелудочной железы, ознакомиться с методами их диагностики и лечения.

Студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез острого панкреатита.
2. Роль в развитии заболевания морфологических изменений в области фатерова соска и желчных протоков, дуоденостаза, нарушение диеты, роль инфекции, сосудистых расстройств, факторов обуславливающих активацию ферментов поджелудочной железы.
3. Классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, симптомы острого панкреатита.
4. Принципы консервативного лечения. Показания к операциям, операции при остром панкреатите. Исходы лечения.
5. Осложнения острого панкреатита, их причины и особенности лечебной тактики при них.
6. Хронический панкреатит. Классификацию. Этиологию, патогенез.
7. Клинику и диагностику хронического панкреатита. Специальные методы исследования, принципы лечения.
8. Кисты поджелудочной железы. Классификацию, клинику, диагностику. Принципы хирургического лечения.
9. Рак поджелудочной железы, принципы диагностики и лечения.

Студент должен **УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез и провести клиническое обследование пациента с патологией поджелудочной железы,
2. Определить необходимые для уточнения диагноза лабораторные и инструментальные исследования.
3. Интерпретировать результаты лабораторных исследований.
4. Воспроизвести и оценить симптомы Мейо-Робсона, Воскресенского, Керте, Мондора.
5. Диагностировать острый панкреатит, уметь заподозрить рак поджелудочной железы.
6. Сформулировать диагноз при различных заболеваниях поджелудочной железы.
7. Назначить консервативную терапию и выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства у данной категории пациентов.

### **2. Учебные вопросы**

1. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе.
2. Острый панкреатит. Определение понятия. Классификация панкреатитов.
3. Современные представления об этиологии и патогенезе. Значение для развития заболевания морфологических изменений в области фатерова соска, дуоденостаза, нарушений диеты, роль инфекции, сосудистых расстройств, факторов, обуславливающих активацию ферментов поджелудочной железы.
4. Клиника различных форм острого панкреатита. Осложнения (абсцедирование, панкреатический свищ, ложная киста, перитонит).
5. Диагностика. Значение лабораторных методов исследования в диагностике заболевания. Дифференциальный диагноз.
6. Лечение острого панкреатита, показания к оперативному вмешательству, виды операций.
7. Хронический панкреатит: определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы лечения.
8. Виды кист поджелудочной железы, диагностика и лечение.
9. Рак поджелудочной железы, диагностика и лечение.

### 3.Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

<p>1. У мужчин наиболее частой причиной острого панкреатита является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Заболевания желчевыводящей системы</li> <li>2. Злоупотребление алкоголем</li> <li>3. Травма поджелудочной железы</li> <li>4. Пенетрирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки</li> <li>5. Сахарный диабет</li> </ol>
<p>2. У женщин наиболее частой причиной острого панкреатита является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Применение гормональных противозачаточных средств</li> <li>2. Аборты</li> <li>3. Травма поджелудочной железы</li> <li>4. Злоупотребление алкоголем</li> <li>5. Заболевания желчевыводящей системы</li> </ol>
<p>3. Укажите наиболее ранний и частый симптом острого панкреатита:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неукротимая рвота</li> <li>2. Симптом Блюмберга-Щеткина</li> <li>3. Геморрагии, экхимозы, цианоз на теле</li> <li>4. Динамический илеус</li> <li>5. Опоясывающая боль в животе</li> </ol>
<p>4. С помощью ультразвукового исследования поджелудочной железы можно выяснить:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Структуру железы и окружающей клетчатки</li> <li>2. Секреторную функцию железы</li> <li>3. Кровоснабжение железы</li> <li>4. Стриктуру санторинова протока</li> <li>5. Состояние островкового аппарата железы</li> </ol>

<p>5. Какое исследование может спровоцировать острый панкреатит?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внутривенная холангиография</li> <li>2. Гастродуоденоскопия</li> <li>3. Чрескожнаячреспеченочнаяхолангиография</li> <li>4. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография</li> <li>5. Селективная верхнебрыжеечнаяартериография</li> </ol>
<p>6. Осложнениями острого панкреатита может быть все перечисленное кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Абсцесса сальниковой сумки</li> <li>2. Печеночно-почечной недостаточности</li> <li>3. Портальной гипертензии</li> <li>4. Кисты поджелудочной железы</li> <li>5. Перитонита</li> </ol>
<p>7. Какой диагностический метод наиболее информативен в дифференциальной диагностике острого деструктивного панкреатита:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внутривенная холангиография</li> <li>2. Обзорная рентгенография брюшной полости</li> <li>3. Ретроградная панкреатохолангиография</li> <li>4. Эзофагогастродуоденоскопия</li> <li>5. Ультразвуковое исследование брюшной полости</li> </ol>
<p>8. Основные задачи в лечении острого панкреатита:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Борьба с болью</li> <li>2. Устранение гиповолемии</li> <li>3. Торможение энзиматической активности поджелудочной железы</li> <li>4. Профилактика инфекции</li> </ol>
<p>9. Основными этиологическими факторами в развитии острого панкреатита являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Желчнокаменная болезнь</li> <li>2. Прием алкоголя</li> <li>3. Обильная еда</li> <li>4. Тяжелый физический труд</li> </ol>
<p>10. Характерными симптомами острого панкреатита являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сильная боль в животе, опоясывающего характера</li> <li>2. Вздутие в эпигастрии с развитием в последующем пареза кишечника</li> <li>3. Тошнота, неукротимая рвота</li> <li>4. Симптом Обуховской больницы</li> </ol>
<p>11. При тяжелых формах деструктивного панкреатита наблюдаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипокальциемия</li> <li>2. Гиповолемия</li> <li>3. Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево</li> <li>4. Желтуха</li> </ol>
<p>12. Какие методы лабораторного исследования наиболее информативны в диагностике острого панкреатита?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение амилазы в крови и моче</li> <li>2. Определение трипсина и его ингибитора в сыворотке крови</li> </ol>

3. Определение активности липазы в сыворотке крови
4. Определение активности аланинаминотрансферазы в сыворотке крови
13. Какие биохимические изменения характерны для острого панкреатита?
1. Гипергликемия
2. Гипогликемия
3. Гипокальциемия
4. Гиперальбуминемия
14. В поджелудочной железе различают:
1. Тело
2. Хвост
3. Головку
4. Крючковидный отросток
15. Регуляция панкреатической секреции осуществляется:
1. Блуждающими нервами
2. Ионами кальция
3. Гормонами желудка и двенадцатиперстной кишки
4. Гормонами мозгового слоя надпочечников
16. Кровоснабжение поджелудочной железы осуществляется ветвями артерий:
1. Селезеночной
2. Гастродуоденальной
3. Верхней брыжеечной
4.левой печеночной
17. Главный проток поджелудочной железы (вирсунгов):
1. Образуется от слияния мелких дольковых протоков на всем протяжении
2. В головке поджелудочной железы может соединяться с добавочным (санторинным) протоком
3. Наиболее часто впадает в двенадцатиперстную кишку вместе с холедохом, образуя общую ампулу
4. В 5-10% случаев не является основным, а главную функцию выполняет добавочный проток
18. При остром панкреатите:
1. Уровень амилазы в крови и моче снижается в первые часы заболевания
2. Уровень сывороточной липазы в первые часы заболевания повышается
3. Быстрое падение уровня сывороточной амилазы и гипергликемия на фоне тяжелого состояния больного имеет прогностическое значение
4. Раннее и стойкое увеличение концентрации трипсина и его ингибитора в сыворотке крови
19. Консервативная терапия при остром панкреатите включает:
1. Сохранение панкреатической секреции путем применения секретина или панкреозимина
2. Угнетение внешнесекреторной функции поджелудочной железы путем аспирации желудочного содержимого
3. Раннее полноценное калорийное оральное питание больного

4. Дезинтоксикация через форсированный диурез
<p>20. Принципы ведения больных острым панкреатитом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обеспечение физиологического покоя поджелудочной железе</li> <li>2. Адекватная инфузионная терапия в сочетании с форсированным диурезом и экстракорпоральной детоксикацией</li> <li>3. Применение антибиотиков широкого спектра</li> <li>4. Физиолечение (УВЧ, ДКВ, ультразвук)</li> </ol>
<p>21. К ранним осложнениям острого панкреатита относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шок, коллапс</li> <li>2. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, стеаторея</li> <li>3. Перитонит</li> <li>4. Сахарный диабет</li> </ol>
<p>22. При хирургическом лечении острого панкреатита применяются следующие операции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мобилизация и абдоминализация поджелудочной железы</li> <li>2. Некрэктомия хвоста и тела поджелудочной железы</li> <li>3. Лапароскопическое дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки</li> <li>4. Продольная панкреатоэнтероанастомозия</li> </ol>
<p>23. Внешнесекреторную активность поджелудочной железы снижают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Постоянная или повторная аспирация желудочного содержимого</li> <li>2. Голод</li> <li>3. Сандостатин</li> <li>4. Промывание желудка слабокислыми растворами</li> </ol>
<p>24. Гиперемия лица с цианотичным оттенком соответствует симптому:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Грея Турнера</li> <li>2. Холстеда</li> <li>3. Мондора</li> <li>4. Кулена</li> <li>5. Грюнвальда</li> </ol>
<p>25. Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите применяются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спазмолитики</li> <li>2. Наркотические анальгетики (морфин)</li> <li>3. Ненаркотические анальгетики</li> <li>4. Спинальная анестезия</li> </ol>
<p>27. О прогрессировании острого панкреатита будут свидетельствовать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. нарастающий нейтрофильный лейкоз</li> <li>2. рост уровня с реактивного белка</li> <li>3. резкое падение активности <math>\alpha</math>-амилазы</li> <li>4. повышение уровня кальция в сыворотке крови</li> <li>5. падение уровня кальция в сыворотке крови</li> </ol>
<p>28. Чем обусловлено появление желтухи у больных с острым панкреатитом:</p>

1. ферментативным холецистом 2. сдавлением холедоха отечной головкой поджелудочной железы 3. водянкой желчного пузыря 4. пилефлебитом
29. В патогенезе острого панкреатита ведущая роль принадлежит: 1. высокой кислотопродукции желудка 2. нарушение системы гемостаза 3. спаечному процессу в брюшной полости 4. ферментативному аутолизу органа 5. дуоденогастральному рефлюксу
30. Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при панкреонекрозе: 1. закрытый 2. открытый 3. полужакрытый 4. полужакрытый

#### 4. Литература

##### Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. /Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок и др. / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

##### Дополнительная:

1. 80 лекций по хирургии / М.М.Абакумов, А.А.Адамян, Р.С.Акчурина, М.С.Алексеев и др.; По общей ред. С.В.Савельева. – М.: Литтерра, 2008. – 912 с.
2. Завада Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) // Минск.: Бел МАПО, 2006. –117с.
3. Гришин И.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н. Гришин, В.Н. Гриц, С.Н. Лагодич. – Минск :Выш.шк., 2009. -272 с.
4. Острый панкреатит: руководство для врачей / под ред. проф. Э.В. Недашковского. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
5. Шорох, Г.П. Острый деструктивный панкреатит / Г.П. Шорох, С.Г.Шорох. – Минск. 2013. – 208 с.
6. Пугаев, А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М.: Профиль, 2007. -335 с.

## **Тема: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.**

### **I. Учебные и воспитательные цели**

**Цель практического занятия:** Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ознакомиться с методами их лечения.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика.
2. Консервативное и оперативное лечение при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Виды оперативных вмешательств.
3. Симптоматические язвы. Гормональные, медикаментозные, стрессовые язвы. Синдром Золлингера-Эллисона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника, диагностика, лечение.
5. Пилородуоденальный стеноз. Клиника, диагностика и лечение. Водно-электролитные нарушения, их профилактика.
6. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация, клиника, диагностика. Оперативное лечение.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез и провести клиническое обследование больного с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.
2. Определить необходимые для уточнения диагноза лабораторные и инструментальные исследования.
3. Диагностировать прободную язву желудка и 12-перстной кишки.
4. Сформулировать диагноз при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
5. Определять объем консервативного и оперативного методов лечения у данной категории пациентов.
6. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения по профилактике развития осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

### **2. Учебные вопросы**

1. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки.
2. Классификация прободений, патологическая анатомия.
3. Клиника (первичный шок, стадия мнимого благополучия и стадия разлитого перитонита).



4. Дифференциальная диагностика.
5. Оперативное лечение.
6. "Прикрытые" перфорации, предперфоративное состояние, особенности хирургической тактики при них.
7. Пенетрация язвы. Клиника, диагностика. Лечение.
8. Болезни оперированного желудка. Классификация болезней оперированного желудка. Незаживающие язвы, рецидивы язвы желудка, пенетрические язвы тощей кишки, желудочно-ободочный свищ, синдром приводящей петли, демпинг-синдром и др. Причины возникновения, клинические проявления, методы диагностики. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.
- 9.

### 3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

<p>1. К признакам малигнизации язвы желудка относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исчезновение периодичности и цикличности в течении язвенной болезни</li> <li>2. Прогрессирующее повышение кислотности желудочного сока</li> <li>3. Наличие в кале скрытой крови</li> <li>4. Четкая взаимосвязь болевого синдрома с приемом пищи</li> </ol>
<p>2. Гормон гастрин вырабатывается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Главными клетками в теле желудка</li> <li>2. G-клетками антрального отдела желудка</li> <li>3. S-клетками 12-перстной кишки</li> <li>4. Бокаловидными клетками</li> <li>5. Пейсмейкером желудка</li> </ol>
<p>3. Для прободной язвы характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Резкие «кинжальные» боли в животе</li> <li>2. Исчезновение печеночной тупости</li> <li>3. Напряжение мышц всей брюшной стенки</li> <li>4. Рентгенологически свободный газ в брюшной полости</li> </ol>
<p>4. Назовите операцию выбора при неосложненной дуоденальной язве:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Резекция желудка по Бильрот –I</li> <li>2. Резекция желудка по Бильрот –II</li> <li>3. Стволовая ваготомия с пилоропластикой</li> <li>4. Селективная ваготомия с пилоропластикой по Микуличу</li> <li>5. Селективная проксимальная ваготомия</li> </ol>
<p>5. Для медиогастральной язвы (I тип по Johnson) не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нормальная или пониженная кислотность желудочного сока</li> <li>2. Частая малигнизация</li> <li>3. Дуоденогастральный рефлюкс</li> <li>4. Упорное течение с короткими ремиссиями</li> <li>5. Усиленная кислотопродукция</li> </ol>
<p>6. Для язвы 12-перстной кишки не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изжога</li> </ol>

2. Рвота, возникающая на высоте боли, приносящая больному облегчение 3. Высокие показатели кислотопродукции натощак и после стимуляции 4. Малигнизация язвы 5. Рвотные массы часто без примеси пищи, имеют кислый вкус
7. Какое из перечисленных осложнений почти не наблюдается при язве 12-перстной кишки? 1. Кровотечение 2. Перфорация 3. Малигнизация 4. Стеноз 5. Пенетрация
8. Обкладочные клетки желудка вырабатывают: 1. Пепсин 2. Гастрин 3. Слизь 4. Трипсин 5. Хлористоводородную кислоту
9. При каком из перечисленных заболеваний антациды снимают боль в эпигастральной области? 1. Рак желудка 2. Хронический холецистит 3. Ишемическая болезнь сердца 4. Язвенная болезнь 12-перстной кишки 5. Болезнь Менентрие
10. В клиническом течении перфорации язвы в свободную брюшную полость выделяют стадии: 1. Первичного шока 2. Мнимого благополучия 3. Разлитого перитонита 4. Хлоропривной тетании
11. Типичными осложнениями язвы желудка являются: 1. Перфорация 2. Пенетрация 3. Кровотечение 4. Малигнизация
12. Ушивание прободной язвы 12-перстной кишки применяется: 1. При распространенном гнойном перитоните 2. Преклонном возрасте больного 3. У молодых больных при перфорациях стрессовых язв 4. При перфорации "лекарственной" язвы
13. Для пилородуоденального стеноза в стадии компенсации характерно: 1. Чувство полноты и тяжести в эпигастрии после приема пищи 2. Рвота, приносящая облегчение 3. Эвакуация из желудка замедлена до 6 часов

4. Желудок расширен, перистальтика его усилена
14. Для пилородуоденального стеноза в стадии субкомпенсации характерно: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Потеря веса</li> <li>2. Отрыжка с неприятным запахом</li> <li>3. Зияние привратника</li> <li>4. Чувство полноты и тяжести в эпигастрии после еды</li> </ol>
15. При пилородуоденальном стенозе в стадии декомпенсации может наблюдаться: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мелена</li> <li>2. Гиперкалиемия</li> <li>3. Увеличение в крови ионизированного кальция</li> <li>4. Гастрогенная тетания</li> </ol>
16. Блуждающие нервы осуществляют: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стимуляцию перистальтики желудка</li> <li>2. Регулируют тонус пилорического сфинктера</li> <li>3. Стимуляцию выработки пепсина и соляной кислоты</li> <li>4. Основную стимуляцию желудочной секреции во II фазе</li> </ol>
17. Кровоснабжение желудка осуществляется ниже перечисленными артериями КРОМЕ: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.левой желудочной</li> <li>2.левой желудочно-сальниковой</li> <li>3.Правой желудочной</li> <li>4.Правой желудочно-сальниковой</li> <li>5.Ветвями собственно печеночной артерии</li> </ol>
18. Ведущие факторы в развитии язвенной болезни <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стресс</li> <li>2. Гипертонус блуждающего нерва</li> <li>3. Нарушение регулирующей функции ЦНС</li> <li>4. Нарушение функции сфинктера Одди</li> <li>5. Ослабление защитных возможностей слизистой желудка</li> </ol>
19. Локализация болей при хронической язвенной болезни <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эпигастральная область</li> <li>2. Правое подреберье</li> <li>3. Левое подреберье</li> <li>4. Область грудины</li> </ol>
20. Объективные симптомы стеноза привратника все КРОМЕ: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Истощение</li> <li>2. Зияние привратника</li> <li>3. Неприятный запах изо рта</li> <li>4. Рвоты с примесью пищи, съеденной задолго до рвоты</li> <li>5. При рентгенологическом исследовании желудок увеличен в размерах, через 24 часа в желудке имеется остаток бария</li> </ol>
21. Признаки прободной язвы всё КРОМЕ:

1. Резкие боли в животе 2. Исчезновение печеночной тупости 3. Рвота 4. Напряжение мышц брюшной стенки 5. Рентгенологически определяется свободный газ в брюшной полости
22. Признаки малигнизации язвы всё КРОМЕ: 1. Изменение характера болей 2. «Ниша» большого размера 3. Повышение кислотности желудочного сока 4. Слабость, похудение 5. Постоянство болевых ощущений
23. Эвакуация содержимого желудка нарушается при повреждении 1. Печеночной ветви вагуса 2. Нерва Грасси 3. Нерва Латерже 4. Заднего ствола вагуса 5. Чревной ветви вагуса
24. Симптомы пенетрации язвы в поджелудочную железу: 1. Иррадиация болей в спину 2. Постоянство болей 3. Повышение уровня амилазы в крови 4. Положительный симптом «шум плеска» 5. Положительный симптом Мейо-Робсона
25. Абсолютные показания к операции при язвенной болезни: 1. Перфорация язвы 2. Профузное кровотечение 3. Декомпенсированный стеноз 4. Пенетрация язвы 5. Перерождение язвы в рак
26. Укажите ветвь блуждающего нерва, не участвующую в иннервации желудка: 1. Передний ствол 2. Задний ствол 3. n.frenicus 4. Передняя и задняя ветви латерже 5. Нерв Грасси
27. Нерв Латерже: 1. Иннервирует желудок, 12-перстную кишку, печень, поджелудочную железу 2. Является конечной ветвью (передней и задней) обоих блуждающих нервов 3. Отходит от правого ствола блуждающего нерва в области угла Гиса 4. Сохраняется при селективной проксимальной ваготомии

<p>28. Иннервация желудка осуществляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Блуждающими нервами</li> <li>2. Левым диафрагмальным нервом</li> <li>3. Симпатическими нервами от чревных ганглиев</li> <li>4. Печеночной ветвью левого блуждающего нерва</li> </ol>
<p>29. Ветвями селезеночной артерии, кровоснабжающими желудок являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Левая желудочно-сальниковая артерия</li> <li>2. Левая желудочная</li> <li>3. Короткие желудочные артерии</li> <li>4. Правая желудочно-сальниковая</li> </ol>
<p>30. Выполнение дренирующих желудок операций всегда обязательно после:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Селективной проксимальной ваготомии</li> <li>2. Селективной желудочной ваготомии</li> <li>3. Ушивания перфоративной язвы желудка</li> <li>4. Стволовой ваготомии</li> </ol>

#### 4. Литература

##### Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

##### Дополнительная:

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2004 -640 с.
2. Афендулов, С.А. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 336 с.
3. Гостищев, В.К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Рук.для врачей / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.
4. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости: стандарты диагностики и лечения / Н.В. Завада. – 2-е изд. – Минск: БелМАПО, 2006. – 117 с.

## **Тема: Перитониты. Понятие об интраабдоминальной инфекции.**

### **Перитонит с позиции абдоминального сепсиса.**

#### **I. Учебные и воспитательные цели**

**Цель практического занятия:** Изучить этиологию, патогенез, клинику перитонита, ознакомиться с методами диагностики и лечения.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о брюшине.
2. Определение понятия. Классификацию перитонита.
3. Острый гнойный перитонит. Этиологию, патогенез. Патологоанатомические изменения при остром гнойном перитоните.
4. Клиническую картину и диагностику перитонита.
5. Принципы лечения перитонита.
6. Виды операций при перитоните.
7. Анаэробный перитонит.
8. Отграниченные перитониты (подпеченочный, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс Дугласова пространства, межкишечные абсцессы). Причины их возникновения, клиника, диагностика, лечение.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез и провести клиническое обследование пациента с перитонитом.
2. Выявлять перитонеальные симптомы.
3. Определить необходимые для уточнения диагноза лабораторные и инструментальные исследования.
4. Сформулировать диагноз при перитоните.
5. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований.
6. Определять объем консервативного и оперативного лечения.

#### **2. Учебные вопросы**

1. Определение понятия перитонит.
2. Анатомо-физиологические сведения о брюшине.
3. Классификация перитонитов (по клиническому течению, локализации, характеру выпота, характеру возбудителя, по стадии).
4. Источники развития острого гнойного перитонита.
5. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз перитонита.
6. Современные принципы комплексного лечения перитонитов.
7. Особенности операций, показания к дренированию брюшной полости.

8. Роль антибиотиков в комплексном лечении.
9. Борьба с нарушениями гемодинамики и микроциркуляции, гидрионными нарушениями, интоксикацией, парезом кишечника в послеоперационном периоде.
10. Местные перитониты (подпеченочный, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс Дугласова пространства, аппендикулярный абсцесс, межкишечные абсцессы). Причины, клиника, диагностика, лечение.

### 3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

№ п/п	Выберете правильный овеет(ы)
1	Наиболее частой причиной перитонита является: 1. Послеоперационные интраабдоминальные осложнения 2. Закрытая травма живота 3. Перфорация желчного пузыря 4. Кишечная непроходимость 5. Деструктивный аппендицит
2	По отношению к брюшине внутренние органы могут быть расположены: 1. Интраперитонеально 2. Мезоперитониально 3 Экстраперитонеально 4. Супраперитониально
3	Какой из перечисленных органов располагается интраперитонеально, т.е. покрыт брюшиной со всех сторон: 1. Восходящая ободочная кишка 2. Нисходящая ободочная кишка 3. Селезенка 4. Двенадцатиперстная кишка 5. Поджелудочная железа
4	Наиболее активной способностью всасывания жидкости обладает: 1. Диафрагмальная брюшина 2. Тазовая брюшина 3. Висцеральная брюшина 4. Париетальная брюшина, покрывающая переднюю брюшную стенку 5. Париетальная брюшина, покрывающая заднюю стенку брюшной полости
5	На передней брюшной стенке различают: 1. 3 этажа, 9 анатомических областей 2. 2 этажа, 6 областей 3. 3 этажа, 6 областей 4. 2 этажа, 9 областей

6	Какой орган делит брюшную полость на 2 этажа 1. Желудок 2. Брыжейка поперечно-ободочной кишки 3. Брыжейка тонкой кишки 4. Поджелудочная железа
7	В зависимости от пути проникновения микрофлоры в брюшную полость выделяют 1. Первичный перитонит 2. Асептический перитонит 3. Вторичный перитонит 4. Неклостридиальный анаэробный перитонит
8	При первичном перитоните микрофлора попадает в брюшную полость 1. Гематогенным путем 2. Через маточные трубы 3. Лимфогенным путем 4. Через перфоративное отверстие в полой органе
9	К особым форма перитонита относят: 1. Карциноматозный перитонит 2. Ревматоидный перитонит 3. Гранулематозный перитонит 4. Гнойный перитонит
10	Гиповолемия у больных перитонитом обусловлена: 1. Экссудацией, транссудацией белка, электролитов, воды в брюшную полость, ткани 2. Секвестрацией в « третьем пространстве» (просвете кишечника) 3. Потерей воды с рвотой, дыханием, потом 4. Повышением АД
11	По характеру экссудата перитонит бывает: 1. Серозный 2. Фибринозный 3. Гнойный 4. Карциноматозный
12	Какие из перечисленных патофизиологических нарушений обычно наблюдаются при распространенном перитоните: 1. Секвестрация жидкости в «третье пространство» 2. Уменьшение ОЦК 3. Увеличение ОЦК 4. Повышение гематокрита
13	В течении перитонита (по К.С. Симоняну) выделяют следующие стадии: 1. Реактивная 2. Токсическая 3. Терминальная 4. Выздоровления



14	В течении перитонита (по И.А. Ерюхину) выделяют следующие фазы: 1. Перитонит с отсутствием признаков сепсиса 2. Перитониальный сепсис 3. Тяжелый Перитониальный сепсис 4. Инфекционно-токсический шок
15	Стадии развития перитонита по М.И. Кузину: 1. Стадия компенсации 2. Стадия субкомпенсации 3. Стадия декомпенсации 4. Стадия перитониального сепсиса
16	Для распространенного гнойного перитонита характерны: 1. Рефлекторная рвота 2. Атония кишечника 3. Напряжение мышц брюшной стенки 4. Мелена
17	Для реактивной стадии перитонита характерно: 1. Четко выраженная клиника при внезапном инфицировании брюшной полости 2. Продолжается до 48 часов с момента развития перитонита 3. Характеризуется наличием местной и общей защитной реакции организма 4. Сопровождается полиорганной недостаточностью
18	Токсическая стадия перитонита обусловлена поступлением в общий кровоток: 1. Экзо- и эндотоксинов и ферментов, продуцируемых бактериями 2. Продуктов белковой природы, лизосомальных ферментов, протеаз, образующихся при клеточном распаде 3. Средне молекулярных пептидов 4. Токсических метаболитов
19	При перитоните в стадии полиорганной недостаточности наблюдаются: 1. Респираторный дистресс-синдром взрослых («шоковое легкое») 2. Энцефалопатия 3. Кардиомиогенная недостаточность 4. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром)
20	Для анаэробного неклостридиального перитонита характерно: 1. Тяжелая эндогенная интоксикация 2. Выраженные перитониальные симптомы 3. Выраженная паралитическая кишечная непроходимость 4. Резкий, неприятный запах перитониального экссудата
21	Основные этапы операции при распространенном перитоните: 1. Срединная лапаротомия 2. Удаление патологического содержимого живота и устранение источника инфекции

	3. Лаваж брюшной полости 4. Декомпрессия и лаваж кишечника 5. Дренирование брюшной полости при отсутствии анаэробной инфекции
22	Консервативная терапия при перитоните включает: 1. Антибактериальную терапию 2. Мероприятия по борьбе с паралитической кишечной непроходимостью 3. Нормализацию водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния 4. Предупреждение полиорганной недостаточности
23	Противопоказаниями к лапаротомии у больных с распространенным перитонитом являются: 1. Инфаркт миокарда в остром периоде 2. Ишемический инсульт 3. Нарастающая острая печеночно-почечная недостаточность 4. Агональное состояние больного
24	Внутрибрюшинные абсцессы могут быть локализованы в: 1. Поддиафрагмальном пространстве 2. Полости малого сальника 3. Полости малого таза 4. Позади поджелудочной железы
25	Для тазового абсцесса характерно: 1. Как правило, это внутрибрюшинный абсцесс 2. У женщин локализуется только между мочевым пузырем и маткой 3. Может быть вскрыт через прямую кишку, а у женщин и через влагалище 4. Может определяться в виде опухолевидного образования над лоном или как мягкое образование, выпячивающее заднюю стенку прямой кишки
26	Летальность при распространенном перитоните составляет в среднем: 1. 5-10% 2. 25-30% 3. 50-60% 4. 90-95%

#### 4. Литература

##### Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. /Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.

2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

Дополнительная:

1. Хирургические болезни / Под.ред. В.Д.Федорова и С.И.Емельянова. – М.:МИА. - 2005
2. 80 лекций по хирургии / М.М.Абакумов, А.А.Адамян, Р.С.Акчурина, М.С.Алексеев и др.; По общей ред. С.В.Савельева. – М.: Литтерра, 2008. – 912 с.
3. Завада Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) // Минск.: Бел МАПО, 2006. – 117с.
4. Неотложные состояния: Диагностика, тактика, лечение: Справ. для врачей/А.А.Баешко, П.И.Булай, И.В.Василевский и др.; Сост. Г.А.Шершень. – 3-е изд., доп. – Мн.:Беларусь, 2002. – 527 с.
5. Хирургия: Руководство для врачей и студентов (пер. с англ.) / гл. ред. Ю.М.Лопухин, В.С.Савельев - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА,1997.– 1070 с.
6. Гаин, Ю.М. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. / Ю.М. Гаин, С.И. Леонович, С.А Алексеев / – Минск, 2000. – 265 с.
7. Кирковский, В.В. Детоксикационная терапия при перитоните: метод.рук. для врачей и студентов / В.В. Кирковский. – Минск, 1997. – 200 с.
8. Савельев, В.С. Перитонит / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонова. – М.: Литтра, 2006. – 205 с.

## **Тема: Обследование хирургического пациента. Методы инструментального и лабораторного обследования.**

### **1. Учебные и воспитательные цели**

**Цель практического занятия:** Научить студентов проводить клиническое обследование пациентов с травмой, острыми и хроническими хирургическими заболеваниями. Ознакомить с основными инструментальными и лабораторными диагностическими методами в хирургии.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Методику сбора анамнеза у пациентов с острыми и хроническими хирургическими заболеваниями, травмой.
2. Методику оценки общего состояния пациента хирургического профиля.
3. Методику проведения осмотра пациента.
4. Методику обследования органов грудной полости.
5. Методику обследования органов брюшной полости.
6. Методику обследования опорно-двигательного аппарата.
7. Методику обследования мочевыводящей системы.
8. Методику обследования периферических сосудов.
9. Методику обследования лимфатических узлов, молочной железы, прямой кишки.
10. Рентгенологические методы исследования.
11. Функциональные методы исследования (реовазография, термография).
12. Ультразвуковые методы исследования.
13. Компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансная томография.
14. Эндоскопические методы исследования.
15. Цитологические и гистологические исследования.
16. Лабораторные исследования, применяемые у пациентов хирургического профиля.
17. Принципы определения показаний к применению дополнительных и специальных методов обследования.
18. Подготовка пациентов к проведению инструментальных методов обследования.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Проводить обследование пациентов с хирургической патологией и травмой.
2. Собирать анамнез у пациентов с острыми и хроническими хирургическими заболеваниями, травмой.
3. Оценивать общее состояние пациента хирургического профиля.
4. Осуществлять перкуссию, аускультацию, пальпацию при обследовании пациентов с хирургическими заболеваниями.
5. Проводить обследование опорно-двигательного аппарата.

6. Проводить обследование лимфатических узлов, молочной железы, прямой кишки.
7. Оценивать состояние артериального кровотока на основании пальпации и аускультации магистральных и периферических сосудов.
8. Производить исследование локального статуса при травмах и хирургических заболеваниях.
9. Производить подготовку пациентов к проведению инструментальных методов исследования.
10. Оценивать основные функциональные и лабораторные показатели, используемые для оценки состояния пациентов хирургического профиля.

## **1. СХЕМА И МЕТОДИКА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

### **ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ** Титульный лист

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**  
**МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

*Кафедра факультетской хирургии*  
*Заведующий кафедрой профессор В.Н.Шиленок*  
*Фамилия, имя, отчество преподавателя*

Фамилия, имя, отчество больного

Диагноз

Дата курации

Фамилия, имя, отчество,  
группа, курс

Витебск, 2017

## **История болезни**

### **1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (паспортная часть)**

Фамилия, имя, отчество больного

Возраст

Профессия, место работы

Место жительства

Дата и время поступления

Дата выписки или смерти

**2. ЖАЛОБЫ:** Отмечаются не только те жалобы, которые больные предъявляли при поступлении, но и на момент курации. Жалобам следует дать детальную характеристику и изложить их в логической последовательности. При наличии боли указывается время ее появления, характер и интенсивность, иррадиации, связь с приемом пищи, мочеиспусканием, актом дефекации, физической нагрузкой и т.д.

**3. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.** Отмечается начало, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до осмотра больного куратором. Важно указать обращения больного за медицинской помощью, методы исследования, лечение данного больного на догоспитальном этапе и в стационаре.

**4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ:** Наследственные и перенесенные заболевания, травмы, операции. Семейный анамнез (заболевание членов семьи); вредные привычки (курение, алкоголь). Аллергические заболевания, связанные с непереносимостью лекарственных препаратов. Указать, переливалась ли кровь и осложнения, связанные с гемотрансфузией. Болел ли вирусным гепатитом, имел ли контакты с больными СПИД.

**5. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО:** Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое), вид больного, положение (активное, пассивное, вынужденное). Поведение (возбужденное, адинамия). Телосложение (правильное, астеническое, гиперстеническое). Питание (удовлетворительное, повышенное, ожирение). Цвет кожного покрова (обычный, розовый, бледно-розовый, бледный, землистый, цианотичный, мраморный, желтушный). Лимфатические узлы (увеличение, консистенция, подвижность, спаянность с окружающими тканями и между собой).

*Костно-мышечная система (деформация, рубцы, их локализация).*

*Органы дыхания:* число дыханий в минуту, границы легких, перкуссия, аускультация, характер дыхания при аускультации (везикулярное, ослабленное, бронхиальное, амфорическое, смешанное). Хрипы (сухие, влажные), локализация. Шум трения плевры.

*Органы кровообращения:* пульс (частота, ритм, величина), артериальное давление (на обеих верхних конечностях). Границы

относительной сердечной тупости. Аускультация сердца, тоны (ясные, глухие, приглушенные, хлопающие, раздвоенные). Шумы (систолический, диастолический их локализация').

*Органы пищеварения:* язык (влажный, сухой, обложен). Осмотр живота (форма, асимметрия, участие в дыхании, наличие и расположение рубцов после бывших операций). Поверхностная пальпация (напряжение мышц живота, локализация болезненности). Глубокая пальпация (состояние органов брюшной полости). В положении на спине, боку, стоя (инфильтраты, опухоли, локализация их, консистенция, наличие болезненности). Аускультация (перистальтические шумы кишечника, характер их). Границы, печени. При пальпации желчного пузыря отмечают размер, консистенцию, локализацию, болезненность, симптомы Мерфи, Ортнера, Курвуазье и пр. При исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки определяют точную локализацию болезненности, нижнюю границ желудка, устанавливают наличие опухолей, их величину, подвижность, консистенцию, поверхность. Шум плеска. При исследовании ободочной кишки и червеобразного отростка определяют тонус всех отделов ободочной кишки, ее болезненность, подвижность, наличие инфильтратов, опухолей и их локализацию. Симптом Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Воскресенского, Ситковского, Баартомье-Михельсона, Образцова. Симптомы раздражения брюшины. Наличие свободной жидкости в брюшной полости. Пальцевое исследование прямой кишки (тонус сфинктера прямой кишки, состояние слизистой, болезненность или нависание передней стенки прямой кишки, отделяемое на исследующем пальце: кал, слизь, кровь, гной).

*Органы мочеполовой системы:* пальпация почек, характер мочеиспускания (учащенное, болезненное). Симптом Пастернацкого. (положительный, отрицательный). У женщин – данные влагалищного исследования.

*Нервно-психическая система:* сознание (ясное, спутанное, отсутствует). Сон (нормальный, нарушенный).

*Молочные железы:* наличие узлов, состояние соска, выделения.

Местный статус заболевания: в данном разделе подробно описывается проявление заболевания. Так, при локализации патологического процесса в области щитовидной железы необходимо описать форму, величину, степень ее увеличения, участие в акте глотания, консистенцию, поверхность, связь с окружающими тканями. При наличии грыжи исследовать и описать локализацию, вид, размеры, вправимость. Наличие признаков воспаления, болезненность, состояние и размеры грыжевых ворот, симптом «кашлевого толчка», перкуSSION и аускультацию грыжевого выпячивания, дифференцировать прямую и косую паховые грыжи и пр.

**6. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** На основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования формулируется предварительный диагноз. При этом указывается диагноз основного заболевания, его осложнения, а так же сопутствующие заболевания.

**7. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:** Следует указать все необходимые лабораторные и инструментальные методы исследования для подтверждения или исключения предварительного диагноза.

**8. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В этом разделе приводятся данные намеченных планом обследования лабораторных и специальных методов исследования. Кроме того, следует дать анализ результатов исследования, имеются ли отклонения от принятой нормы, в чем они заключаются и о чем свидетельствуют.

**9.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ** проводят путем последовательного сопоставления и сравнения жалоб, анамнестических данных, данных объективного, лабораторных и инструментальных методов исследования, выявленных при исследовании курируемого больного, со схожими признаками, встречающимися при других заболеваниях.

**10. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.** Клинический диагноз заболевания устанавливается на основании сходства данных, полученных при обследовании больного, с признаками определенного заболевания и отличия их от других заболеваний, привлеченных для дифференцирования.

При обосновании диагноза используются данные субъективного, объективного, лабораторных и других специальных методов исследования.

**11. ЛЕЧЕНИЕ.** Раздел «Лечение» оформляется подробно в виде реферата с использованием данных обязательной и дополнительной литературы по данному вопросу. Необходимо осветить современную тактику, принятую при лечении больных данным заболеванием, выделить консервативный и оперативный методы лечения, перечислить показания и противопоказания к каждому из них.

В реферате следует продемонстрировать взаимосвязь между приведенными литературными данными и сведениями из истории болезни курируемого больного, т.е. определить и обосновать лечебную тактику по отношению к курируемому больному и описать тот комплекс лечебных мероприятий, который показан в данном конкретном случае.

**12. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ** производится соответственно схеме:

Дата	Дневник наблюдения за больным	Назначения: 1. режим 2. стол 3. лечебные назначения 4. обследования
------	-------------------------------	---



**13. ЭПИКРИЗ** - это экстракт, краткая, но довольно подробная выписка из истории болезни. Это резюме, прочитав которое, можно, не читая всю историю болезни, получить исчерпывающие представления о больном, о методах использованных для постановки точного диагноза, проведенном лечении и его результатах.

По написанному эпикризу можно судить о клиническом мышлении врача, его теоретической подготовке и логичности мышления.

В эпикризе следует указывать только те патологические отклонения в органах и системах, которые выявлены, указывая методы консервативной терапии, не следует перечислять все, а указать только группы лекарственных средств, например: антигистаминные средства, спазмолитики, антибиотики, дезагрегантные средства и т.д.). Если больному была произведена операция, то следует только подробно описать название операции, дату, течение послеоперационного периода, дату снятия швов. В заключение определяются прогноз основного заболевания, прогноз жизни и трудоспособности, указываются рекомендации больному после выписки из стационара (питание, трудовые рекомендации, лекарственная терапия, санаторно-курортное лечение).

**14. ЛИТЕРАТУРА.** Список литературных источников, использованных для написания истории болезни, приводится в следующем порядке: автор (фамилия и инициалы, название, год издания).

### 3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. Правильно ли требование, что исследующий при выполнении пальпации живота должен сидеть у постели больного в удобном положении, с правой его стороны? 1. да, 2. нет
2. Пальпацию следует начинать с областей: 1. где больше всего беспокоят боли, 2. не граничащих с пораженным участком, 3. скрытых под одеждой и недоступных внешнему осмотру, 4. предполагаемого патологического очага после обезболивания, 5. не имеет значения, с каких.
3. Верно ли, что при острых заболеваниях и травмах живота обязательно пальцевое исследование прямой кишки? 1. да, 2. нет.
4. Укажите нормальное количество эритроцитов в крови по системе СИ: 1. $2,0-3,5 \times 10^{12}$ /л, 2. $3,8-5,0 \times 10^{12}$ /л, 3. $5,3-5,9 \times 10^{12}$ /л,

4. $6,0-6,6 \times 10^{12} / \text{л}$ .
5. Укажите нормальные показатели гемоглобина крови (в г\л): 1. 90-110 2. 120-160 3. 170-180
6. Укажите нормальные показатели лейкоцитов в крови: 1. $1,9-2,7 \times 10^9 / \text{л}$ , 2. $2,7-3,9 \times 10^9 / \text{л}$ , 3. $3,9-9,0 \times 10^9 / \text{л}$ , 4. $12,0-15,0 \times 10^9 / \text{л}$ .
7. Укажите нормальные показатели тромбоцитов в крови: 1. $100-140 \times 10^9 / \text{л}$ , 2. $140-180 \times 10^9 / \text{л}$ , 3. $180-320 \times 10^9 / \text{л}$ , 4. $320-450 \times 10^9 / \text{л}$ .
8. Укажите нормальные показатели СОЭ (в мм\ч): 1. 0-15 2. 15-25 3. 25-35 4. 35-45 5. 45-55
9. Укажите нормальную плотность мочи (в г\л): 1. 1,000-1,005, 2. 1,005-1,012, 3. 1,012-1,020, 4. 1,020-1,030, 5. 1,030-1,035.
10. Укажите нормальные показатели глюкозы в крови (в ммоль\л): 1. 1,2-2,6 2. 2,7-6,1, 3. 6,2-7,5, 4. 7,6-9,7, 5. 9,8-11,0
11. Укажите нормальные показатели общего белка в крови (в г\л): 1. 23-42, 2. 43-64, 3. 65-85, 4. 86-105, 5. 105-115.
12. Укажите нормальные показатели билирубина в крови (в ммоль\л): 1. 8,55-20,52, 2. 20,53-31,48, 3. 31,48-40,50.

<p>13. Укажите нормальные показатели мочевины в крови (в моль\л):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2.5-8.33</li> <li>2. 8.5-14.12</li> <li>3. 14.2-20.1</li> <li>4. 20.12-30.0</li> <li>5. 30.1-36.8</li> </ol>
<p>14. Укажите нормальные показатели амилазы в крови (в г-ч\л):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 16-30</li> <li>2. 31-42</li> <li>3. 43-50</li> <li>4. 51-59</li> <li>5. 60-67.</li> </ol>
<p>15. Укажите нормальное время свертывания крови по Ли-Уайту (в минутах):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0-1,</li> <li>2. 2-4,</li> <li>3. 5-12,</li> <li>4. 13-20,</li> <li>5. 21-27.</li> </ol>
<p>16. Укажите нормальный протромбиновый индекс:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0,1-0,3,</li> <li>2. 0,4-0,6,</li> <li>3. 0,7-1,0.</li> </ol>
<p>17. Укажите нормальные показатели фибриногена в крови (в г\л):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0.5-2.0</li> <li>2. 2.0-4.0</li> <li>3. 4.0-7.0</li> <li>4. 7.0-7.6</li> </ol>
<p>18. В норме в покое центральное венозное давление равно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0-30 мм вод.ст.,</li> <li>2. 60-120 мм вод.ст.,</li> <li>3. 150-180 мм вод.ст.,</li> <li>4. 200-350 мм вод.ст.</li> </ol>
<p>19. Можно ли выполнить биопсию при эндоскопии?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. да,</li> <li>2. нет.</li> </ol>
<p>20. Что можно диагностировать с помощью обзорной рентгенографии органов брюшной полости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. злокачественное новообразование</li> <li>2. наличие свободного газа в брюшной полости (перфорация полого органа)</li> <li>3. чаши Клойбера (кишечную непроходимость)</li> <li>4. внутреннее кровотечение</li> </ol>
<p>21. Укажите необходимое положение больного при подозрении на</p>

<p>пневмоперитонеум в момент проведения обзорной рентгенографии живота:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. лежа на спине,</li> <li>2. сидя или стоя,</li> <li>3. лежа на правом боку,</li> <li>4. лежа на левом боку,</li> <li>5. в положении Тренделенбурга.</li> </ol>
<p>22. Какие из инструментальных методов исследования позволяют уточнить диагноз заболевания желудка?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гастроскопия,</li> <li>2. лапароскопия,</li> <li>3. обзорная рентгенография брюшной полости,</li> <li>4. ультразвуковое исследование,</li> <li>5. ангиография,</li> <li>6. колоноскопия.</li> </ol>
<p>23. Для исследования желудка и двенадцатиперстной кишки используют все методы, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рентгеноскопии,</li> <li>2. рентгенографии,</li> <li>3. фиброгастродуоденоскопии,</li> <li>4. радиануклидного сканирования,</li> <li>5. рН-метрии.</li> </ol>
<p>24. При рентгеноскопии желудка можно диагностировать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. опухоль</li> <li>2. язву</li> <li>3. проходимость привратника (стеноз)</li> <li>4. варикозно-расширенные вены пищевода</li> <li>5. стеноз папиллы.</li> </ol>
<p>25. Для исследования толстой кишки и ее отделов используют все методы, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ректоскопии,</li> <li>2. ректороманоскопии,</li> <li>3. ирригоскопии,</li> <li>4. фиброколоноскопии,</li> <li>5. сканирования.</li> </ol>

#### 4. Литература

##### Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.

3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

Дополнительная:

1. Общая хирургия./ Под ред.В.Шмитта, В.Хартинга, М.И.Кузина: в 2 томах. - М.: Медицина, 1985.
2. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов./Под ред. П.Н.Зубарева, М.И.Лыткина, М.В.Елифанова. - СПб.: СпецЛит, 1999.
3. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002
4. Петров С.В. Общая хирургия. - СПб.:Издательство «Лань», 2001
5. Султанов В.К. Исследование объективного статуса больного. - СПб: Издательство «Питер», 1999

## **Тема: Грыжи. Ущемленные грыжи. Острая кишечная непроходимость.**

### **I. Учебные и воспитательные цели**

**Цель практического занятия:** Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику грыж, острой кишечной непроходимости.

Студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Определение понятия и основные анатомические элементы грыж.
2. Патогенез, классификацию, клиническую картину неосложненных грыж, трактовку симптомов.
3. Показания и принципы хирургического лечения грыж:
4. Принципы ненатяжной герниопластики.
5. Определение понятия «ущемленная грыжа», виды и механизмы ущемления, клинику ущемленной грыжи. Диагностику. Лечение.
6. Кишечная непроходимость, определение понятия, классификация.
7. Динамическая (спастическая, паралитическая) кишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
8. Механическая кишечная непроходимость. Обтурационная, странгуляционная, смешанная. Виды механической кишечной непроходимости.
9. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Странгуляционная кишечная непроходимость. Заворот. Узлообразование, ущемление. Причины. Особенности патогенеза. Клиника различных видов странгуляционной кишечной непроходимости. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.
11. Инвагинация. Виды инвагинации. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к дезинвагинации и резекции инвагината.

Студент должен **УМЕТЬ:**

1. Выявить жалобы, собрать и проанализировать анамнез пациента с грыжей.
2. Провести обследование пациента с грыжей, проверить симптомы кашлевого толчка, блока определить грыжевые ворота и грыжевое содержимое, провести перкуссию, аускультацию. При этом студент должен помнить:
  - недопустимо пытаться насильственно вправить ущемленную грыжу,
  - при ущемлении грыжевые ворота не определяются, симптом кашлевого толчка отрицателен.
3. Правильно оценить результаты клинического обследования пациента.
4. Выбрать адекватный метод хирургической коррекции с учетом вида грыжи, возраста, пола пациента, анатомических особенностей данной области, иннервации и кровоснабжения.

5. Собрать анамнез и провести клиническое обследование пациента с кишечной непроходимостью.
6. Воспроизвести и оценить симптомы Валя, Кивуля, Склярова.
7. Определить необходимые для уточнения диагноза лабораторные и инструментальные исследования.
8. Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и рентгенологических исследований.
9. Определять объем консервативного и оперативного методов лечения.

## **2. Учебные вопросы**

1. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки.
2. Грыжи живота (Herniaeabdominae). Определение понятия. Элементы грыжи живота.
3. Классификация грыж по происхождению, локализации, течению.
4. Этиология и патогенез грыж, предрасполагающие и производящие факторы.
5. Общая симптоматика грыж. Диагностика, дифференциальная диагностика бедренной и паховой грыжи, прямой и косой паховой грыжи.
6. Ущемленная грыжа. (Herniaincarcerata). Определение понятия. Виды ущемления механизм калового и эластического ущемления.
7. Клиника ущемленной грыжи, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники, определение жизнеспособности ущемленного органа, показания к выведению ущемленного органа наружу.
9. Определение понятия острой кишечной непроходимости. Классификация острой кишечной непроходимости.
10. Динамическая кишечная непроходимость. Ее виды. Причины. Клиника, диагностика. Лечение.
11. Механическая кишечная непроходимость. Ее виды. Причины, патогенез.
12. Особенности нарушений водно-электролитного баланса и кислото-щелочного состояния при ОКН.
13. Клиническое течение различных видов острой кишечной непроходимости.
14. Диагностика и методы обследования пациентов при ОКН.
15. Методы лечения ОКН. Показания к оперативному лечению.
16. Особенности предоперационной подготовки пациентов.

## **3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какие грыжи наиболее часто встречаются у мужчин?</li> <li>1. Послеоперационные</li> <li>2. Пупочные</li> <li>3. Паховые</li> <li>4. Бедренные</li> </ol> |
|--|

5. Грыжи белой линии живота
<p>2. К предрасполагающим факторам, способствующим образованию грыжи, относятся все КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наследственность</li> <li>2. Возраст</li> <li>3. Пол</li> <li>4. Перенесенные операции на органах брюшной полости</li> <li>5. Трудные роды</li> </ol>
<p>3. К производящим факторам в этиологии грыж не относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тяжелый физический труд</li> <li>2. Длительный кашель</li> <li>3. Особенности строения таза</li> <li>4. Запоры</li> <li>5. Затрудненное мочеиспускание</li> </ol>
<p>4. К какому виду кишечной непроходимости приводит ущемленная грыжа с ретроградным ущемлением кишки?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спастической</li> <li>2. Паралитической</li> <li>3. Обтурационной</li> <li>4. Странгуляционной</li> <li>5. Смешанной</li> </ol>
<p>5. К элементам наружной грыжи живота относится все КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Грыжевых ворот</li> <li>2. Грыжевого мешка</li> <li>3. Содержимого грыжи</li> <li>4. Грыжевого выпячивания</li> <li>5. Оболочек грыжи</li> </ol>
<p>6. К осложнениям грыжи относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ущемление</li> <li>2. Воспаление</li> <li>3. Копростаз</li> <li>4. Невправимость</li> </ol>
<p>7. При ущемленной грыже наблюдаются следующие симптомы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Боль в месте выпячивания</li> <li>2. Отрицательный симптом "кашлевого толчка"</li> <li>3. Невправимость выпячивания</li> <li>4. Схваткообразная боль в животе на фоне постоянной болезненности в области грыжевого выпячивания</li> </ol>
<p>8. В грыжевом мешке различают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шейку</li> <li>2. Тело</li> <li>3. Дно</li> <li>4. Основание</li> </ol>
9. Исследование местного статуса при наличии грыжи включает:



1. Осмотр выпячивания в горизонтальном и вертикальном положении пациента 2. Пальпацию грыжи 3. Определение грыжевых ворот 4. Определение "кашлевого толчка"
10. Операция при неосложненной грыже состоит из следующих этапов: 1. Рассечение тканей над грыжевым выпячиванием и грыжевых ворот 2. Выделение и рассечение грыжевого мешка 3. Вправление грыжевого содержимого, иссечение грыжевого мешка и ушивание его шейки 4. Пластика грыжевых ворот
11. Стенками пахового канала являются: 1. Передняя - апоневроз наружной косой мышцы живота 2. Задняя - поперечная фасция живота 3. Нижняя - пупартова связка 4. Верхняя - мышца, поднимающая яичко
12. Бедренную грыжу необходимо дифференцировать с 1. Липомой скарповского треугольника 2. Паховой грыжей 3. Лимфаденитом 4. Варикозным расширением устья большой подкожной вены
13. Укажите осложнения наружных грыж живота: 1. Ущемление 2. Копростаз 3. Воспаление 4. Грыжевая флегмона
14. Клинические признаки грыжевой флегмоны: 1. Боль в области грыжи 2. Отрицательный "кашлевой толчок" 3. Невправимость грыжи 4. Гиперемия кожи над грыжей
15. Факторы, способствующие эластическому ущемлению грыжи: 1. Резкая физическая нагрузка 2. Кашель 3. Внезапное повышение внутрибрюшного давления 4. Грыжевые ворота большого диаметра
16. При ущемлении тонкой кишки в грыжевых воротах определяются следующие симптомы: 1. Кроме постоянной боли появляется схваткообразная боль в животе 2. Рефлекторная рвота 3. Усиление перистальтических шумов кишечника в первый период заболевания 4. Положительный симптом Цеге - Мантейфеля
17. Критериями жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:

1. Розовый цвет кишки 2. Пульсация сосудов брыжейки 3. Перистальтика 4. Наличие наложений фибрина на кишечной стенке
18. При нежизнеспособности ущемленной кишки производят ее резекцию в следующем объеме: 1. От видимой границы некроза нужно резецировать не менее 30 - 40 см приводящего отрезка кишки 2. От видимой границы некроза удалить 10-15 см приводящего отрезка кишки 3. От видимой границы некроза необходимо резецировать 10-15 см отводящего отрезка кишки 4. От видимой границы некроза необходимо резецировать 30-40 см отводящего отрезка кишки
19. При ущемленной грыже, осложненной грыжевой флегмоной, оперативное вмешательство включает: 1. Срединную лапаротомию для изоляции брюшной полости от грыжевого мешка и проведение резекции нежизнеспособного органа 2. Хирургическую обработку грыжевой флегмоны 3. Дренирование гнойного очага 4. Пластику грыжевых ворот
20. При самостоятельно вправившейся ущемленной грыже, врач должен: 1. Направить больного в поликлинику для решения вопроса об операции в плановом порядке 2. Экстренно оперировать больного через срединный лапаротомный доступ 3. Отпустить больного домой с определенными рекомендациями 4. Госпитализировать в хирургическое отделение для динамического наблюдения, не забывая о лапароскопии
21. При обзорной рентгенографии брюшной полости больного острой кишечной непроходимостью наиболее характерен следующий симптом: 1. Наличие свободного газа в брюшной полости 2. Наличие горизонтальных уровней жидкости 3. Гомогенное затемнение брюшной полости 4. Наличие газового пузыря желудка 5. Высокое стояние диафрагмы
22. При подозрении на острую кишечную непроходимость первыми диагностическими мероприятиями из перечисленных должны быть: 1. Обзорная Rtg-графия брюшной полости 2. Пальцевое исследование прямой кишки 3. Исследование пассажа бария по тонкой кишке 4. Ургентная ирригоскопия 5. Ультразвуковое исследование брюшной полости
23. Симптом Валя при острой кишечной непроходимости - это: 1. "Шум плеска" при поколачивании живота

2. Пальпаторно определяемая раздутая фиксированная петля кишки 3. Высокий тимпанит с металлическим оттенком при перкуссии над кишечной петлей 4. Баллонообразное расширение пустой ампулы прямой кишки 5. Асимметрия вздутого живота
24. Следующие виды кишечной непроходимости относятся к странгуляционным: 1. Стенозирующая опухоль сигмовидной кишки 2. Узлообразование 3. Спастическая кишечная непроходимость 4. Заворот тонкой кишки
25. Показаниями к операции при спаечной кишечной непроходимости являются: 1. Увеличивающееся вздутие живота 2. Невозможность добиться отхождения газов и кала 3. Увеличение отделяемого при аспирации из желудка через назогастральный зонд 4. Тонкокишечное содержимое в желудке
26. При высокой кишечной непроходимости наблюдаются: 1. Обезвоживание организма с преобладанием обезвоживания внеклеточного пространства 2. Уменьшение количества циркулирующей плазмы 3. Рост уровня гематокрита 4. Повышение Hb
27. Для толстокишечной обтурационной непроходимости характерно: 1. Поздняя рвота 2. Медленное нарастание симптомов заболевания 3. Задержка отхождения газов 4. Иррадиация болей в крестец
28. При спастической кишечной непроходимости показано: 1. Экстренная операция 2. Стимуляция перистальтики кишечника церукалом или прозергином 3. Сифонная клизма 4. Введение спазмолитиков
29. При острой кишечной непроходимости и наличии симптомов перитонита показано: 1. Лапароскопия 2. Сифонная клизма 3. Экстренная операция 4. Очистительная клизма
30. Задачами хирургического лечения при острой кишечной непроходимости являются: 1. Установление локализации и вида непроходимости 2. Устранение непроходимости

3. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта
4. Дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства
31. Консервативное лечение при острой кишечной непроходимости следует признать эффективным, если:
1. Во время клизмы или сразу после нее отошло большое количество кала и газов
2. Полностью исчезли боли в животе
3. Отчетливо уменьшилось вздутие живота
4. Прекратилась рвота

#### 4. Литература

##### Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под.ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

##### Дополнительная:

1. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины / Н.Н.Иоскевич[и др.]; под ред. П.В.Гарелика. – Мн.: Выш.шк., 2001.- 685 с.
2. Шимко В.В., Сысолятин А.А. Грыжи живота. 2010.
3. Жебровский В.В., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. Бизнес-Информ. 2002.
4. Хирургические болезни: учебник / В.С.Савельев [и др.]; под ред.В.С.Савельева + CD: в 2-х томах. – М., 2008. Т.1 – 608 с.
5. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. Медпрактика-М. 2003.
6. Богуянов А.Е., Силуянов С.В. Острая кишечная непроходимость. Неотложная абдоминальная хирургия: Справочное пособие для врачей. – М.: Триада – Х, 2000
7. Ерюхин И.А., Петров В.И., Хоневич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. – 2-е изд. – СПб: Питер, 1999
8. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: Руководство для врачей. – СПб, 2001

## Тема: Заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки.

### 1. Учебные и воспитательные цели

#### 2.

**Цель практического занятия:** Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику заболеваний прямой кишки.

В результате изучения темы студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о прямой кишке;
2. Методы обследования пациентов с заболеваниями прямой кишки.
3. Геморрой: классификацию, этиологию, клиническую картину и диагностику острого и хронического геморроя и его осложнений, принципы лечения, роль малоинвазивных технологий.
4. Острый парапроктит: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, принципы диагностики.
5. Свищи прямой кишки (хронический парапроктит): клиническую картину, принципы диагностики и лечения.
6. Полипы прямой кишки: этиологию, клиническую картину, диагностику и лечение.
7. Эпителиальный копчиковый ход. Этиопатогенез, клинику, диагностику, лечение.
8. Рак прямой кишки: классификацию, стадии, клиническую картину, диагностику, принципы оперативного лечения, виды оперативных вмешательств, прогноз.
- 9.

В результате изучения темы студент должен **УМЕТЬ:**

1. Целенаправленно выявить жалобы, собрать и проанализировать анамнез у пациента с заболеваниями прямой кишки.
2. Уметь произвести пальцевое ректальное исследование.
3. Составить план исследования пациента.
4. Сформулировать и аргументировать диагноз проктологического пациента; обосновать принципы консервативного лечения геморроя и острой трещины прямой кишки.
5. Обосновать показания к хирургическому лечению.
6. Правильно выбрать операционный доступ, вид операции при том или ином заболевании.
7. Составить схему ведения послеоперационного периода.
8. Наметить план реабилитационных мероприятий у пациентов, перенесших операцию на прямой кишке.
- 9.

### 2. Учебные вопросы

1. Анатомофизиологические сведения о прямой кишке.
2. Классификация заболеваний.

3. Методика обследования больных с заболеваниями прямой кишки.
4. Геморрой.(Variceshaemorrhoidales). Определение понятия. Классификация. Этиология. Патогенез.
5. Клиника геморроя и его осложнений.
6. Консервативное и оперативное лечение геморроя.
7. Трещина заднего прохода. Причины. Клиника, диагностика, лечение.
8. Острые парапроктиты (Paraproctitis acuta). Хронические парапроктиты (параректальные свищи). (Paraproctitis chronica. Fistulae recti et ani). Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
9. Полипы прямой кишки.(Polypes recti). Клиника, диагностика и лечение.
10. Рак прямой кишки. (Cancer recti). Классификация (по локализации, характеру роста, гистологическому строению, стадиям).
11. Клиника рака прямой кишки в зависимости от характера роста и локализации.
12. Методы диагностики рака прямой кишки. Дифференциальная диагностика.
13. Лечение рака прямой кишки. Методы оперативных вмешательств.

### 3.Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

<p>1. Собственно прямая кишка имеет все перечисленные отделы, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Надампулярного</li> <li>2. Амбулярного</li> <li>3. Среднеамбулярного</li> <li>4. Нижнеамбулярного</li> <li>5. Анального канала</li> </ol>
<p>2. В каком положении пациента наиболее информативно пальцевое исследование прямой кишки при подозрении на рак амбулярного отдела?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В коленно-локтевом</li> <li>2. На левом боку</li> <li>3. На спине</li> <li>4. На корточках</li> <li>5. С приведенными к животу ногами</li> </ol>
<p>3. Какой метод Вы используете при скрининговом исследовании на рак прямой кишки?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ректороманоскопию</li> <li>2. Ирригоскопию</li> <li>3. Аноскопию</li> <li>4. Пальцевое исследование прямой кишки</li> <li>5. Исследование кала на скрытую кровь</li> </ol>
<p>4. Какой первый диагностический прием обязателен при подозрении на заболевание прямой кишки?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ректороманоскопия</li> <li>2. Ирригоскопия</li> </ol>

3. Аноскопия 4. Пальцевое исследование прямой кишки 5. Копроцитограмма
5. Выделение алой крови во время акта дефекации наблюдается при следующем заболевании: 1. Хронический геморрой II стадии 2. Хроническая анальная трещина 3. Рак прямой кишки 4. Болезнь Крона 5. Ректоцеле
6. Жгучая длительная во времени боль после акта дефекации наблюдается при следующем заболевании: 1. Острый геморрой II степени 2. Хроническая анальная трещина 3. Рак прямой кишки 4. Болезнь Крона 5. Острый парапроктит
7. Повышенный тонус анального сфинктера наблюдается при следующем заболевании: 1. Острый геморрой 2. Анальная трещина 3. Рак прямой кишки 4. Болезнь Крона 5. Хронический геморрой III стадии
8. Наличие крови на поверхности кала в виде полосы наблюдается при следующем заболевании: 1. Острый геморрой 2. Хроническая анальная трещина 3. Рак прямой кишки 4. Болезнь Крона 5. Ректоцеле
9. Выделение несвежей крови типа "мясных" помоев и слизи в начале акта дефекации наблюдается при: 1. Хроническом геморрое 2. Анальной трещине 3. Раке прямой кишки 4. Болезни Крона 5. Кровотечении из желудочной язвы
10. Операция Миллигана-Моргана показана при: 1. Остром геморрое 2. Анальной трещине 3. Полипе прямой кишки 4. Хроническом геморрое I стадии 5. Хроническом геморрое III стадии

<p>11. Операция Габриэля применяется при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Остром геморрое III ст.</li> <li>2. Анальной трещине</li> <li>3. Полипе прямой кишки</li> <li>4. Хроническом геморрое I ст.</li> <li>5. Хроническом геморрое II ст.</li> </ol>
<p>12. Боковая подслизистая сфинктеротомия применяется при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Остром геморрое</li> <li>2. Анальной трещине</li> <li>3. Полипе прямой кишки</li> <li>4. Хроническом геморрое I ст.</li> <li>5. Хроническом геморрое 2-3 ст.</li> </ol>
<p>13. Применение антикоагулянтов и антиагрегантов показано при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Остром геморрое</li> <li>2. Анальной трещине</li> <li>3. Полипе прямой кишки</li> <li>4. Хроническом геморрое I стадии</li> <li>5. Хроническом геморрое 2-3 стадии</li> </ol>
<p>14. Кровянистые выделения типа мелены из заднего прохода могут быть при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Раке прямой кишки</li> <li>2. Остром геморрое</li> <li>3. Хроническом геморрое III стадии</li> <li>4. Раке анального канала</li> <li>5. Раке слепой кишки</li> </ol>
<p>15. Повышение температуры тела до 39 градусов, ознобы наблюдаются при следующем заболевании:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый геморрой I ст.</li> <li>2. Острый тазово-прямокишечный парапроктит</li> <li>3. Хронический геморрой III степени</li> <li>4. Хронический парапроктит</li> <li>5. Неспецифический язвенный колит</li> </ol>
<p>16. При пальцевом исследовании прямой кишки отечность с одной стороны выше сфинктера наблюдается при следующем заболевании:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический геморрой III ст.</li> <li>2. Острый ишиоректальный парапроктит</li> <li>3. Хронический геморрой II ст.</li> <li>4. Рак анального канала</li> <li>5. Трещина анального канала</li> </ol>



<p>17. К какой стадии по Мейо относится такой признак хронического геморроя, как необходимость вправления выпавших узлов рукой?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 стадия</li> <li>2. 2 стадия</li> <li>3. 3 стадия</li> <li>4. 4 стадия</li> <li>5. 3-4 стадия</li> </ol>
<p>18. К какой стадии по Мейо относится такой признак хронического геморроя, как выпадение узлов при незначительной физической нагрузке, и невозможность вправления самостоятельно?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 стадия</li> <li>2. 2 стадия</li> <li>3. 3 стадия</li> <li>4. 4 стадия</li> </ol>
<p>19. Узлы не выпадают в анальный канал. Этот признак хронического геморроя относится к следующей стадии по Мейо:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 стадия</li> <li>2. 2 стадия</li> <li>3. 3 стадия</li> <li>4. 4 стадия</li> </ol>
<p>20. Узлы выпадают только во время акта дефекации и вправляются самостоятельно. Этот признак хронического геморроя относится к следующей стадии по Мейо:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 стадия</li> <li>2. 2 стадия</li> <li>3. 3 стадия</li> <li>4. 4 стадия</li> </ol>
<p>21. Укажите, какому заболеванию соответствуют выделения темной крови во время акта дефекации</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический геморрой</li> <li>2. Анальная трещина</li> <li>3. Cancerrecti</li> <li>4. Ректоцеле</li> <li>5. Портальная гипертензия</li> </ol>
<p>22. При каком заболевании кровь перемешана с калом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический геморрой</li> <li>2. Анальная трещина</li> <li>3. Рак ампулярного отдела</li> <li>4. Ректоцеле</li> <li>5. Рак слепой кишки</li> </ol>

<p>23. При каком заболевании выделения крови в слизи в начале акта дефекации</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический геморрой</li> <li>2. Анальная трещина</li> <li>3. Рак прямой кишки</li> <li>4. Ректоцеле</li> <li>5. Рак анального канала</li> </ol>
<p>24. При каком заболевании применяется операция Миллиган-Моргана</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический геморрой III ст.</li> <li>2. Анальная трещина</li> <li>3. Полип прямой кишки</li> <li>4. Вторичный геморрой при портальной гипертензии</li> </ol>
<p>25. При каком заболевании применяется операция Габриэля</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический геморрой III ст.</li> <li>2. Анальная трещина</li> <li>3. Хронический парапроктит</li> <li>4. Вторичный геморрой при портальной гипертензии</li> </ol>
<p>26. Повышение температуры тела, озноб характерны для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронического геморроя</li> <li>2. Острого подкожного парапроктита</li> <li>3. Трещины прямой кишки</li> <li>4. Cancer recti</li> <li>5. Cancercaecum</li> </ol>
<p>27. Гиперемия кожи промежности характерна для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронического геморроя</li> <li>2. Острого подкожного парапроктита</li> <li>3. Трещины анального канала</li> <li>4. Cancer recti</li> <li>5. Cancer caecum</li> </ol>
<p>28. Выберите неправильный ответ. По происхождению полипы прямой кишки бывают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Воспалительные</li> <li>2. Гиперпластические</li> <li>3. Медуллярные</li> <li>4. Гамартомные</li> <li>5. Аденоматозные</li> </ol>

#### 4. Литература

##### Основная:

1. Хирургические болезни: Учебник под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2014.
2. Шиленок В.Н. и др. Хирургические болезни. Избранные разделы: Курс лекций (под ред. Шиленка В.Н.) – Витебск, 2005.
3. Общая и частная хирургия: Учебное пособие/ - (под редакцией д.м.н., профессора В.Н.Шиленка) – Витебск: ВГМУ, 2011. – 654 с.
4. Хирургические болезни. Часть 1. – Под ред. В.Н.Шиленка. – Витебск. – 2014.- 465 с.

##### Дополнительная:

1. Аминев А.М. Учебное пособие по проктологии. - М., 1977
2. Федоров В.Д., Клиническая оперативная колопроктология. – М., 1994.
3. Филлипс Робин К.С. Колоректальная хирургия. 2009.
4. Хирургические болезни: учебник / В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева + CD: в 2-х томах. – М., 2008.

## Тема: Итоговое занятие (2 семестр).

### 1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: проверить знания студентов по изученному разделу хирургических болезней.

Итоговое занятие проводится в виде тестового контроля по всем разделам весеннего семестра. Каждый студент получает один из вариантов тестового задания, при решении которого выбирается один или несколько правильных ответов из числа предложенных.

В результате студент должен **ЗНАТЬ**:

1. Воспалительно-некротические заболевания пальцев кисти (панариций, флегмона).
2. Острые и хронические воспалительные заболевания костей и суставов. Остеомиелит, острый гнойный артрит.
3. Анаэробную клостридиальную инфекцию. Анаэробную неклостридиальную инфекцию. Сепсис. Столбняк.
4. Гнойные заболевания легких и плевры. Бронхоэктатическую болезнь, абсцесс легкого, острый гнойный плеврит (эмпиема плевры), формы пневмопнотораксов; виды оперативного и консервативного лечения пневмопнотораксов.
5. Заболевания артерий. Понятие о синдромах острой и хронической артериальной недостаточности. Артериальные тромбозы и эмболии. Классификация заболеваний, сопровождающихся хронической артериальной недостаточностью (функциональные и органические). Стадии хронической артериальной недостаточности. Понятие о «критической» ишемии. Облитерирующие заболевания нижних конечностей (облитерирующий атеросклероз, облитерирующий тромбангиит, аорто-артериит, диабетическая ангиопатия), синдром (болезнь) Рейно: основные принципы диагностики, консервативного лечения, разновидности оперативных вмешательств, роль рентгеноэндовакулярных вмешательств, профилактика.
6. Заболевания вен. Варикозное расширение вен. Стадии хронической венозной недостаточности (классификация CEAP). Тромбофлебиты вен нижних конечностей. Острые тромбозы глубоких вен. Илеофеморальный тромбоз, синдром Педжета-Шреттера. Посттромбофлебитический синдром. Трофические язвы. Заболевания лимфатических сосудов. Понятие о хронической лимфатической недостаточности. Хроническая лимфедема (лимфостаз) конечностей: принципы диагностики и лечения.
7. Заболевания молочных желез. Классификацию, методы исследования при заболеваниях молочных желез. Воспалительные заболевания молочных желез (острый лактационный мастит). Доброкачественные опухоли молочной железы (фиброаденома, липома). Рак молочной железы. Пластику молочных желез (мастопексия, редукционная, перемещенным лоскутом, применение силиконовых эндопротезов).
8. Заболевания щитовидной железы. Классификацию заболеваний. Современные методы исследования пациентов. Роль аутоиммунных

процессов в патологии щитовидной железы. Эндемический зоб и спорадический зоб, диффузный токсический зоб, рак щитовидной железы.

9. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита.

10. Заболевания желчного пузыря и внепеченочных протоков. Желчнокаменная болезнь, острый и хронический калькулезные холециститы. Осложнения желчнокаменной болезни (механическая желтуха, холедохолитиаз, стриктуры желчевыводящих путей).

11. Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатиты. Осложнения. Виды кист поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы.

12. Язвенная болезнь. Симптоматические язвы (гормональные, медикаментозные, стрессовые). Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (прободение, кровотечение, пилородуоденальный стеноз).

13. Перитониты. Понятие об интраабдоминальной инфекции. Перитонит с позиции абдоминального сепсиса.

14. Обследование хирургического пациента.

15. Грыжи. Обследование хирургического больного. Ущемленные грыжи. Острую кишечную непроходимость.

16. Заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки. Острый парапроктит, геморрой, анальную трещину, полипы прямой кишки, эпителиальный копчиковый ход, рак прямой кишки

## 2. Литература

### Основная:

1. Хирургические болезни: Учебник под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2014.
2. Шиленок В.Н. и др. Хирургические болезни. Избранные разделы: Курс лекций (под ред. Шиленка В.Н.) – Витебск, 2005.
3. Хирургия: Руководство для врачей и студентов (пер. с англ.) / гл. ред. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.
4. Общая и частная хирургия: Учебное пособие/ - (под редакцией д.м.н., профессора В.Н. Шиленка) – Витебск: ВГМУ, 2011. – 654 с.
5. Хирургические болезни. Часть 1. – Под ред. В.Н.Шиленка. – Витебск. – 2014.- 465 с.

### Дополнительная:

1. Жебровский В.В., Эльбашир М.Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. Бизнес-Информ. 2002.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. -640 с.
3. Хирургические болезни: учебник / В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева + CD: в 2-х томах. – М., 2008. Т.1 – 608 с.
4. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. Медпрактика-М. 2003.

5. Богуянов А.Е., Силуянов С.В. Острая кишечная непроходимость. Неотложная абдоминальная хирургия: Справочное пособие для врачей. – М.: Триада – Х, 2000.
6. Султанов В.К. Исследование объективного статуса больного. - СПб: Издательство «Питер», 1999.
7. Гаин, Ю.М. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. / Ю.М. Гаин, С.И. Леонович, С.А. Алексеев / – Минск, 2000. – 265 с.
8. Кирковский, В.В. Детоксикационная терапия при перитоните: метод.рук. для врачей и студентов / В.В. Кирковский. – Минск, 1997. – 200 с.
9. Савельев, В.С. Перитонит / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонова. – М.: Литтра, 2006. – 205 с.
10. Гостищев, В.К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Рук.для врачей / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.
11. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости: стандарты диагностики и лечения / Н.В. Завада. – 2-е изд. – Минск: БелМАПО, 2006. – 117 с.
12. Хирургия язвенной болезни / Ю.Б. Мартов [и др.]. – 2-е изд., исправ. и доп. – М.: Мед. лит., 2001. – 264 с.
13. Острый панкреатит: руководство для врачей / под ред. проф. Э.В. Недашковского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
14. Шорох, Г.П. Острый деструктивный панкреатит / Г.П. Шорох, С.Г.Шорох. – Минск. 2013. – 208 с.
15. Пугаев, А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М.: Профиль, 2007. -335 с.
16. Косинец А.Н., Окулич В.К., Булавкин В.П. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: Руководство. - Витебск: ВГМУ, 2002
17. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.)/В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков/АМН СССР. - М.:Медицина,1991.
18. Молер Эмиль Р. Заболевания периферических артерий. – ГЭОТАР-Медиа, 2010.
19. Золоев Г.К. Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечностей. – М.: Медицина, 2004.
20. Щербюк А.Н., Кескинов А.А. Заболевания артерий. Справочник для врачей. Юго-Восток-Сервис. 2008.
21. А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин Острый тромбоз флебит. – М.: Литера, 2006. – 108 с.
22. Зотов А.С., Беллин Е.О. Мастопатии и рак молочной железы. Краткое руководство. – М.: Медпресс-информ. -2005.
23. И.И. Дедов. Эндокринология. Учебное пособие. "Медицина" 2007.

## СОДЕРЖАНИЕ:

Заболевания желчного пузыря и протоков.....	3
Заболевания поджелудочной железы.....	10
Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки ...	16
Перитониты. Понятие об интраабдоминальной инфекции. Перитонит с позиции абдоминального сепсиса.....	22
Обследование хирургического пациента. Методы инструментального и лабораторного обследования.....	28
Грыжи. Ущемленные грыжи. Острая кишечная непроходимость	38
Заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки.....	45
Итоговое занятие (2 семестр).....	52

Учебное издание

**Богданович** Алексей Викторович

Учебно-методическое пособие  
по хирургическим болезням  
для студентов стоматологического факультета.  
Часть 4.

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать \_\_\_\_\_. Формат 64х84 1/16.  
Бумага типографская №2. Гарнитура Times New Roman Усл. печ. л. \_\_\_\_\_.  
Уч. – изд. л. \_\_\_\_\_ Тираж \_\_\_\_\_ экз. Заказ № \_\_\_\_\_

Издатель и полиграфическое исполнение  
УО «Витебский государственный медицинский университет»  
ЛП № 02330/453 от 30.12.2013.

пр. Фрунзе, 27210023, г. Витебск